



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Patologías gineco-obstétricas más frecuentes en la  
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional  
Daniel Alcides Carrión en el periodo enero 2004 y  
diciembre 2006**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

**AUTOR**

José Antonio DELGADO DELGADO

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Delgado J. Patologías gineco-obstétricas más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero 2004 y diciembre 2006 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

---

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar las patologías gineco-obstétricas de ingreso más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (H.N.D.A.C.) durante el período 2004 – 2006. **MATERIAL Y METODOS:** Se reportaron 68 pacientes con patología gineco-obstétrica de fondo en la U.C.I. Se determinó el grupo etáreo más frecuente y el tiempo de estancia hospitalaria en U.C.I. Se obtuvieron los diagnósticos gineco-obstétricos más frecuentes, sus complicaciones y el tratamiento recibido. **RESULTADOS:** El grupo etáreo más frecuente estuvo comprendido entre los 20 – 24 años (29.41%). El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 2.88 días. La patología gineco-obstétrica de fondo más frecuente fue la Preeclampsia severa 21/68 (30%), seguida por Eclampsia 14/68 (21%), Síndrome de HELLP 14/68 (21%), Shock hipovolémico 10/68 (15%) y Sepsis o shock séptico 9/68 (13%). Se presentaron complicaciones en 36 pacientes (52.94%), siendo los más frecuentes el Síndrome de HELLP con 9 casos (25%), la Insuficiencia Respiratoria Aguda con 6 casos (16.66%), y la Coagulación Intravascular Diseminada (C.I.D.) con 3 casos (8.33%). 3 pacientes fallecieron. El tratamiento más empleado fueron los antibióticos, en 62 pacientes (91.18%). Los antihipertensivos como alfa metil dopa, nifedipino y Sulfato de magnesio fueron usados en 49 pacientes (72.06%) y corticoides como la Dexametasona en 14 pacientes (20.58%). **CONCLUSIONES:** La patología gineco-obstétrica de fondo admitida a U.C.I. más frecuente fue la Preeclampsia severa, seguida por la Eclampsia y el Síndrome de HELLP. Los Transtornos Hipertensivos del Embarazo representan una entidad altamente prevalente y que nos debe alertar de sus posibles complicaciones estando en la capacidad de tratarlas y sobretodo prevenirlas. **PALABRAS CLAVE:** Patologías gineco-obstétricas, Unidad de Cuidados Intensivos

## INTRODUCCION

La mortalidad materna es un problema importante en el mundo. Alrededor de 600 000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Mientras que menos del 1% de estas complicaciones ocurren en países desarrollados, el riesgo de muerte por el embarazo o parto es elevado (1/48) en los países en vías de desarrollo. En los países pobres, las complicaciones durante el embarazo y el parto son las causas mayores de muerte en mujeres en edad reproductiva. Las altas tasas de mortalidad materna son debidas principalmente al incremento en la tasa de natalidad, carencia de infraestructura y personal especializado. Aproximadamente 22.000 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe como resultado de complicaciones durante el embarazo o el parto. La mayoría de estas muertes son evitables. La razón global de mortalidad materna en la región es de 190 por 100.000 nacidos vivos, con enormes diferencias entre países. Una buena proporción de pacientes que requieren manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos presentan patología ginecológica u obstétrica de fondo<sup>1</sup>. En un estudio en Saudi Arabia<sup>2</sup> se observó que la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos variaba entre pacientes con patología ginecológica u obstétrica lo que sumada a ciertas condiciones o complicaciones aumentaban el riesgo, para el caso de gestantes, de pasar por un momento crítico que requiera de cuidados intensivos.

Entre las patologías que traen más problemas para el manejo y por ello tienen mayor probabilidad de requerir manejo por cuidados intensivos tenemos la preeclampsia severa, el síndrome de HELLP, eclampsia<sup>3</sup> y cirugías pélvicas radicales en pacientes con algún cáncer ginecológico<sup>4</sup>. Entre las principales razones que motivan a decidir la

admisión en UCI tenemos la hemorragia obstétrica y la hipertensión refractaria<sup>7,8</sup>. No hay que descuidar dos aspectos importantes: uno es la infraestructura, la cual, en algunos países se encuentra como parte del servicio de gineco-obstetricia evitando así la pérdida de tiempo en el traslado de la paciente cuando se requiera de cuidados intensivos; el otro aspecto es la utilización de recursos humanos especializados para esta Unidad de Cuidados Intensivos tal como se menciona en un estudio en USA donde el hecho de contar con personal calificado trajo mejores resultados en el manejo de pacientes<sup>5</sup>.

La tasa de mortalidad materna es un índice que indirectamente denota el estado de desarrollo y de atención en salud de un país o una región. En el Perú, la tasa de muertes maternas no ha variado a través de los años, con una aparente disminución de 1992 a 2000 a 185 por 100 000 nacidos vivos<sup>9</sup>.

En el Perú no existen datos sobre las condiciones y diagnóstico de ingreso que motivaron que una paciente con patología de fondo ginecológica u obstétrica requiera de cuidados intensivos. Asimismo, se desconoce con exactitud el tipo de manejo para cada caso y las condiciones de egreso de los mismos.

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión no existen datos sobre la frecuencia de patologías gineco-obstétricas que requirieron de cuidados intensivos y su manejo, algo que nos puede llevar al diseño de protocolos de cuidado, prevención y atención para condiciones especiales ginecológicas u obstétricas respectivamente.

La mortalidad materna en la comunidad es notoriamente difícil de ser medida. La mortalidad materna basada en los hospitales no refleja los niveles reales de la población, sin embargo, es razonablemente fácil de obtener y podría revelar las causas

diferentes de mortalidad materna en las comunidades que son atendidas por estos hospitales. De esta manera, podríamos estar en la capacidad de identificar y prever futuras complicaciones y suministrar tratamiento oportuno.

Por lo expuesto, al conocer las patologías gineco-obstétricas más frecuentes que ingresan a UCI tendríamos un registro propio de nuestro hospital que nos ayudaría a disminuir la tasa de morbilidad materna en nuestra comunidad.

## **OBJETIVOS**

### **a. Objetivo General:**

- Determinar las patologías gineco-obstétricas de ingreso más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período 2004 – 2006.

### **b. Objetivos Específicos:**

- Determinar los grupos etáreos más frecuentes de las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, así como determinar su estancia hospitalaria.
- Conocer las complicaciones más frecuentes que se presentaron en las pacientes admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer los tratamientos más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos en las pacientes admitidas por condiciones gineco-obstétricas.



## **METODOLOGIA**

### **Tipo de Estudio**

El tipo de estudio es Investigación básica

### **Diseño de investigación**

El presente es un estudio Observacional – Descriptivo, Retrospectivo

### **Muestra de estudio**

La muestra estará conformada por todas las pacientes admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, con patología gineco-obstétrica, en el periodo 2004 – 2006.

### **Variables de estudio**

Variables independientes: edad, estancia hospitalaria, gestaciones.

Variables dependientes: diagnóstico, complicaciones, tratamiento

Variables intervinientes: control pre-natal

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Edad de la paciente registrada en la HC	Numérica	Edad en números enteros	Ficha de recolección de datos

<b>Estancia Hospitalaria</b>	Cuantitativa	Tiempo total de permanencia hospitalaria en UCI registrado en HC	Numérica	Tiempo en número de días (enteros)	Ficha de recolección de datos
<b>Gestaciones</b>	Cuantitativa	Número de embarazos de la paciente registrados en la HC	Numérica	Número de gestaciones (número entero)	Ficha de recolección de datos
<b>Control Pre Natal</b>	Cualitativa	Número de Controles del ultimo embarazo registrados en la HC. Si= >5 controles. No= < ó = 5 controles	Nominal	Si – No	Ficha de recolección de datos
<b>Diagnóstico</b>	Cualitativa	Diagnóstico que motiva su ingreso a UCI	Nominal	Si - No	Ficha de recolección de datos
<b>Complicaciones</b>	Cualitativa	Complicaciones en UCI registradas HC	Nominal	Si - No	Ficha de recolección de datos

<b>Tratamiento</b>	Cualitativa	Tratamiento empleado en UCI registrados en HC	Nominal	Si - No	Ficha de recolección de datos
--------------------	-------------	--	---------	---------	-------------------------------------

### **Técnica y método de trabajo**

El presente estudio se realizará en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, centro de referencia asistencial de la Provincia Constitucional del Callao. Esta Provincia esta conformado por seis distritos: Callao, Ventanilla, La Punta, La Perla, Bellavista y Carmen de La Legua.

Los datos del estudio se obtendrán del Departamento de Ginecología y Obstetricia y del Departamento de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

### **Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos y otros**

Para la recolección de la información, se contó con una ficha previamente estructurada (anexo 2), donde se incluyeron los datos de todas las pacientes incluidas en el estudio así como las variables en estudio. Para la recolección de los datos se procedió a ubicar las historias clínicas de las pacientes que requirieron el manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos con patología gineco-obstétrica de fondo. Luego se recolectarán las variables en estudio presentes en la ficha antes descrita. Serán incluidas en el estudio

todas las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en el período 2004 – 2006 que hayan presentado patología gineco-obstétrica de fondo.

**Procesamiento y análisis de datos.**

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se utilizará el programa estadístico SPSS 13.0. Se utilizaran tablas de frecuencias.

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Asignación de recursos: Recursos humanos

Presupuesto o costo del proyecto: Financiamiento propio

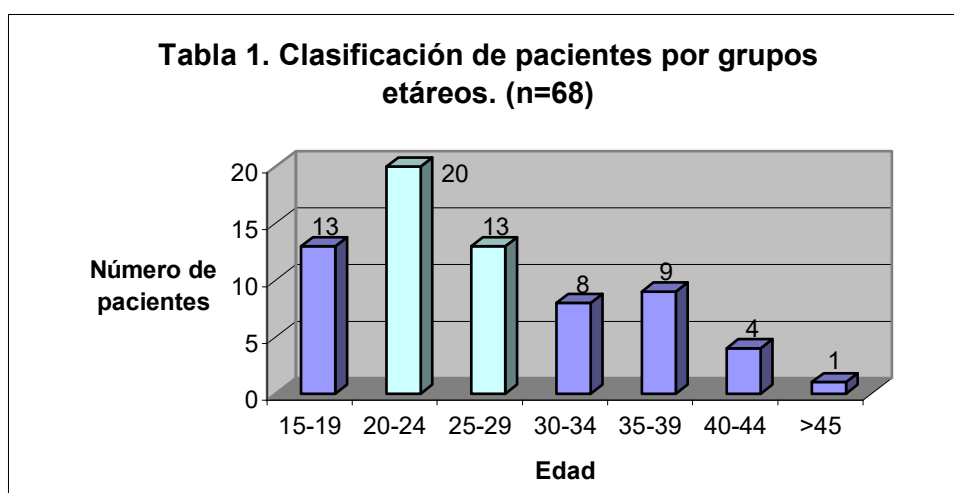
**Cronograma de actividades.** Cronograma de ejecución del estudio por semanas

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Coordinación con especialidades					
Recolección de datos					
Procesamiento y análisis de datos					
Presentación primeros resultados					
Presentación Trabajo Final					

## RESULTADOS

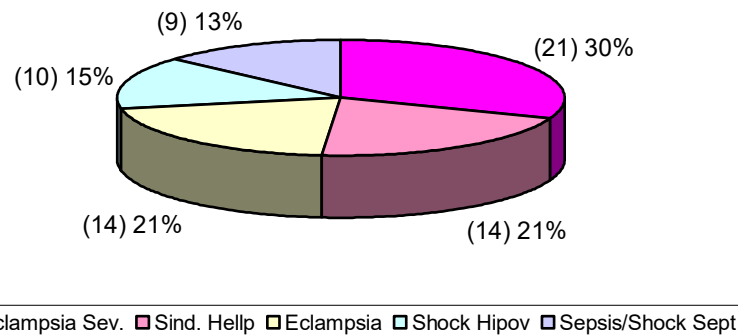
Se obtuvieron 68 pacientes admitidas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con patología gineco-obstétrica de fondo durante el periodo Enero 2004 – Diciembre 2006.

El grupo etáreo más frecuente estuvo comprendido entre los 20 – 24 años (29.41%), siendo la segunda década de la vida casi la mitad de la población en estudio (48.53%) (Tabla 1).

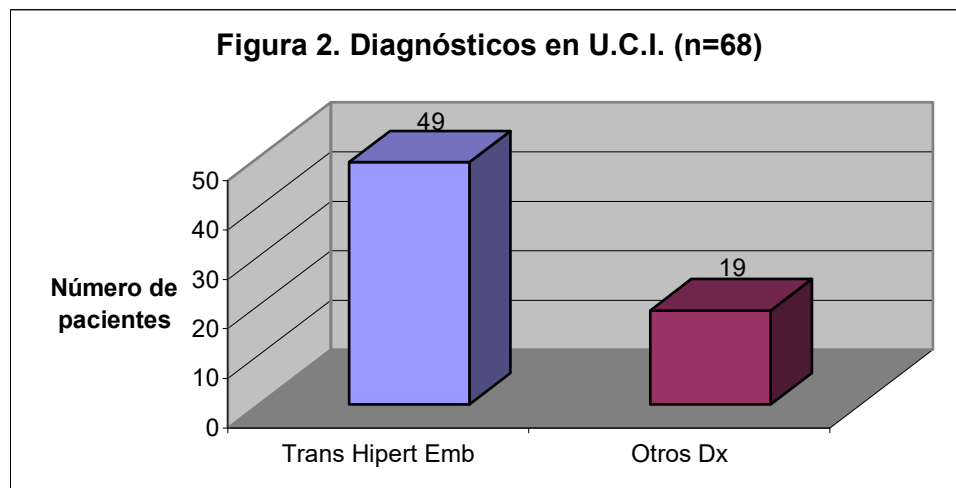


La patología gineco-obstétrica de fondo más frecuente fue la Preeclampsia severa 21/68 (30%), seguida por Eclampsia 14/68 (21%), Síndrome de HELLP 14/68 (21%), Shock hipovolémico 10/68 (15%) y Sepsis o shock séptico 9/68 (13%) (Figura 1), pero si agrupamos los Transtornos Hipertensivos del Embarazo como son : Preeclampsia severa, Eclampsia y Síndrome de HELLP obtendremos 49 casos que representan el 72.06% de la población. (Figura 2).

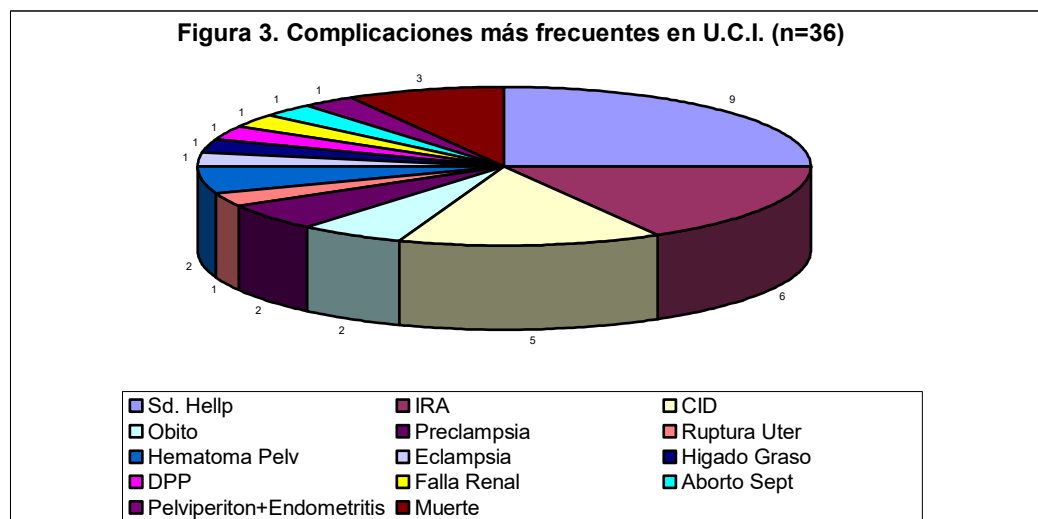
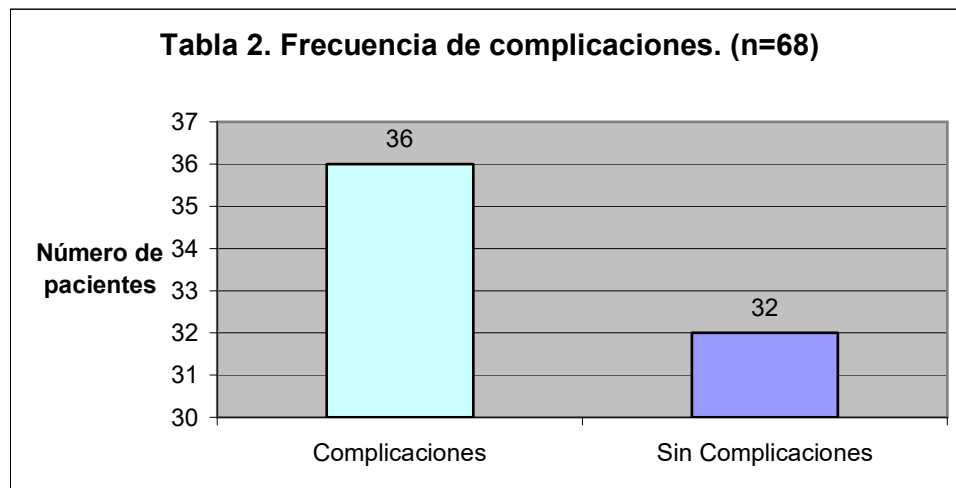
**Figura 1. Diagnóstico de ingreso a U.C.I.**



**Figura 2. Diagnósticos en U.C.I. (n=68)**



En lo que respecta a complicaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos se presentaron en 36 pacientes (52.94%) (Tabla 2), siendo la cuarta parte de ellas el Síndrome de HELLP 9/36, seguido de la Insuficiencia Respiratoria Aguda 6/36, Coagulación Intravascular Diseminada (C.I.D.) 3/36, Óbito fetal 2/36 y Óbito fetal + C.I.D. 2/36, Preeclampsia 2/36, Hematoma organizado pélvico 2/36, Desprendimiento Prematuro de Placenta 1/36, Pelvipерitonitis + Endometritis 1/36, Falla renal 1/36, Hígado graso 1/36, Ruptura Uterina 1/36, Eclampsia 1/36, Aborto séptico 1/36 y 3 casos de muerte materna. (Figura 3).



En lo que concierne a mortalidad materna hubieron 3 casos: el primero fué una paciente de 22 años con diagnóstico de ingreso de Preeclampsia severa y Score Apache de 40 puntos sumado a un Hígado graso falleciendo al segundo día de ingreso por Insuficiencia Respiratoria Aguda; la segunda paciente tenía 20 años e ingreso con un cuadro clínico compatible de Shock séptico secundario a aborto séptico, con Score Apache de 23 puntos falleciendo el mismo día de su ingreso a U.C.I; y el último caso se trató de una paciente de 19 años, con Score Apache de 12 puntos que falleció al

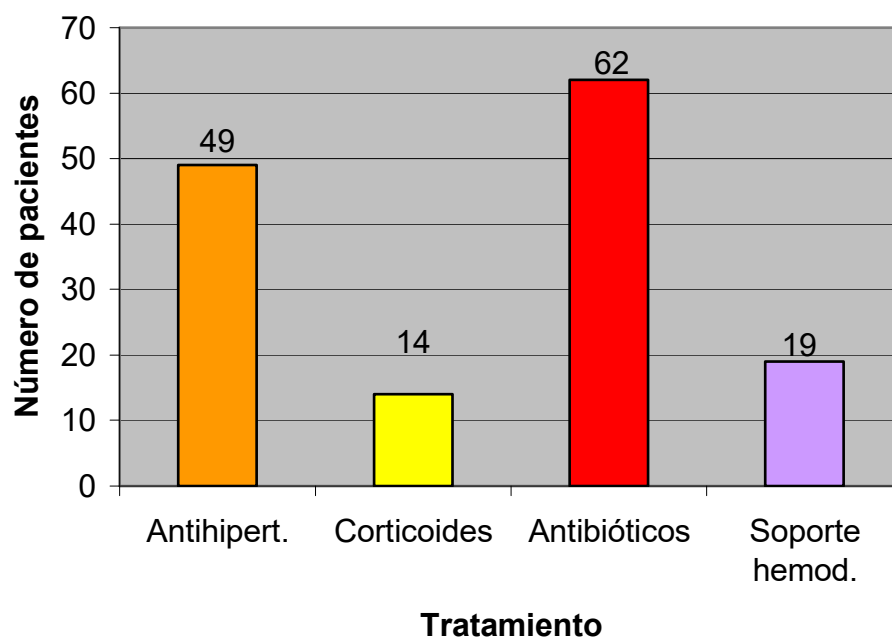


segundo día de ingreso debido a una Hemorragia Intracerebral secundario a una Eclampsia (Tabla 3). Estos 3 casos de mortalidad materna tuvieron un tiempo promedio de estancia hospitalaria en U.C.I. menor al promedio de la población (1.66 vs 2. 88 días).

Tabla 3. Mortalidad materna (N=3)	
Preclampsia Severa + Hígado Graso	1
Shock Séptico	1
Hemorragia Intracerebral (Eclampsia)	1

Finalmente el tratamiento más empleado fueron los antibióticos, empleándose en 62 pacientes (91.18%), siendo los más usados la asociación entre Clindamicina y Amikacina vía endovenosa con un 76%. Los antihipertensivos como alfa metil dopa, nifedipino y Sulfato de magnesio fueron usados en 49 pacientes (72.06%) y corticoides como la Dexametasona en 14 pacientes (20.58%). Soporte hemodinámico con Dopamina e hidratación con Cloruro de Sodio fueron utilizados en 19 pacientes. (Tabla 4).

**Tabla 4. Tratamientos más frecuentes  
en U.C.I. (n=68)**



## DISCUSION

La morbilidad y la mortalidad materna son un problema de salud pública, no sólo por su impacto familiar, social y económico, sino porque son indicadores muy cercanos de las condiciones y grado de desarrollo en la salud y en el estado socioeconómico. **(1,2,3,24)**

Asimismo, representa un indicador indirecto de la calidad de los servicios obstétricos de un país. La vigilancia de estos indicadores permite determinar y evaluar los factores de riesgo, sobre todo teniendo en cuenta que muchos de éstos, así como muchas de las muertes maternas, son prevenibles. **(1,5,7,24)**

El Perú, como la mayoría de los países en desarrollo posee una población joven, cerca de la mitad de la población en nuestro estudio estuvo integrada por pacientes en la segunda década de la vida (48.53%), y el porcentaje de mujeres en edad reproductiva es del 23.9%, en consecuencia es importante desarrollar acciones preventivas y planear intervenciones, buscando mecanismo que ayuden a conservar la salud en este grupo etáreo y prevenir posibles problemas que afecten su vida en el futuro. **(4,5,6)**

Diferentes estudios realizados en países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Francia, entre otros comprueban que los ingresos de pacientes embarazadas a la UCI son muy bajos. **(6,7,8)**

Panchal y cols. en el 2000 en un estudio que incluyó 822.591 pacientes que ingresaron para parto, determinaron que sólo 1.023 (0,12%) ingresaron a U.C.I. y de éstas únicamente fallecieron 34 (3,3%) **(18)**. En nuestro estudio encontramos 68 pacientes que ingresaron a U.C.I. en un periodo de tres años, falleciendo 3 de ellas (4.41%)

Diversos estudios han podido comprobar que en países subdesarrollados como el nuestro las causas más frecuentes de mortalidad materna son; hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido **(9,10,27)**. La tasa de mortalidad materna en el año 2002 según INEI, ENDES fue de 163.9 /100 000 nacidos vivos, cifra elevada en comparación a otros países, a pesar que sigue disminuyendo (185/100 000 en el año 2000).

En nuestro estudio, el grupo de trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia severa, Eclampsia y Síndrome de HELLP) ocupó el primer lugar en frecuencia de pacientes con patología gineco – obstétrica de fondo admitidas a U.C.I., con un porcentaje similar al estudio de Bari, Italia **(22)** (72% vs 75 % respectivamente) debido al manejo agresivo, y algunas veces, profiláctico que se les dá, en particular, a la Preeclampsia severa y al Síndrome de HELLP, muchas de las cuales son dadas de alta al segundo día de estancia en U.C.I. luego de corregir su nivel de plaquetas mediante corticoides como la Dexametasona y controlar la presión arterial con nifedipino y alfa metil dopa. Cabe resaltar, que las 14 pacientes eclámpticas admitidas a U.C.I. fueron tratadas además con Sulfato de magnesio.

Los trastornos hipertensivos son una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y ha compartido, con el aborto séptico, el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en los países latinoamericanos, siendo la responsable directa del 20% de las muertes maternas en U.S.A., Chile y Perú **(11,12,25)**, lo cual la transforma en un problema de salud pública muy importante **(26)**.

Las principales causas de ingreso debido a Preeclampsia son la necesidad de monitoreo hemodinámico invasivo (hipertensión severa y balance hídrico), ventilación mecánica (síndrome de dificultad respiratoria aguda, edema pulmonar, aspiración), protección de

la vía aérea (convulsiones, edema de vía aérea superior), coagulación intravascular diseminada, Síndrome de HELLP, falla renal aguda, neurológicas (convulsiones y accidente cerebro vascular) **(21)** presentándose en nuestro estudio el Síndrome de HELLP en el 25% de pacientes que desarrollaron complicaciones y la Insuficiencia Respiratoria Aguda en 16.66%. Estos porcentajes correlacionan con la patología gineco-obstétrica de fondo más frecuente que fué la Preeclampsia severa.

En un estudio realizado durante un período de 10 años en un hospital universitario de tercer nivel en Sao Paulo, Brasil, se encontró que las principales indicaciones para su transferencia a la UCI fueron en orden descendente: afecciones hipertensivas (41%), hemorragia (15%) y sepsis (13%). **(13)**

La hemorragia es la causa más importante de muerte materna en los países subdesarrollados, y la hemorragia postparto la que más frecuentemente se asocia a causa directa. Igualmente, constituye un serio problema la morbilidad de las pacientes que logran sobrevivir, la pérdida severa de sangre y sus complicaciones y las secuelas del tratamiento quirúrgico realizado, generan muchas veces en éstas mujeres un sufrimiento permanente, **(14)** sin embargo en nuestro estudio solo tuvimos 10 casos de pacientes con shock hipovolémico (4 de ellas post histerectomizadas, 2 presentaron Síndrome de HELLP + Hematoma subcapsular roto, 1 realizó ruptura uterina por atonía uterina, 1 desarrolló hematoma pélvico, 1 tuvo una placenta acreta + C.I.D. y la última presentó un óbito fetal + C.I.D.)

La información sobre mortalidad materna por causas es muy limitada y puede subestimar la verdadera importancia de algunas de ellas, como ocurre, por ejemplo, con el aborto. El bajo porcentaje del aborto séptico se explicaría debido a las condiciones de seguridad que se da en las interrupciones del embarazo y al mayor uso y difusión del

misoprostol en la última década, asimismo, muchas muertes por aborto no son reportadas como tal, existiendo en éstos casos un subregistro.

Son pocos los estudios que hacen referencia a la estancia de las gestantes en la U.C.I. Entre ellos, la publicación de una investigación realizada en el sur de Inglaterra reporta que el promedio de días de estancia en U.C.I. de las gestantes (menos de dos días) es inferior que el de la población no gestante **(15)** coincidiendo con nuestro estudio (2.8 días). Se encontró además que el 35% de las pacientes que ingresaron a U.C.I. no requirieron procedimientos específicos como ventilación mecánica, soporte inotrópico, monitoreo invasivo o diálisis, lo que se relaciona estrechamente con el tiempo de estancia **(15)**, comparado con un porcentaje mayor en nuestro estudio 32/68 (47.05%) que no presentaron complicaciones.

Los diferentes sistemas de evaluación de severidad de la enfermedad como el APACHE II (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation*) y el SAPS II (*Simplified Acute Physiology Score*) son utilizados en la población gestante, pero debido a los cambios fisiológicos que ocurren normalmente durante el embarazo y a la ausencia de enfermedades crónicas que aumenten su puntaje, suministran resultados equívocos cuando se comparan con el resto de la población. Además, no permiten anticipar el riesgo de complicaciones, ni predicen estancias prolongadas. Su uso como indicadores de gravedad para definir la admisión de las pacientes a la U.C.I., hace que muchas no ingresen debido a que en la población obstétrica estos puntajes son más bajos. Debido a lo anterior, en los diferentes reportes se sugiere desarrollar un sistema especial que determine adecuadamente la severidad en la materna. **(15,18,23)**

Una de las ventajas de admitir pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos como indicador de calidad de atención, es que permite el análisis de un significativo número de pacientes severamente enfermos.

Otra ventaja es que las mujeres que son incluidas en estudios de morbi-mortalidad materna representan una población distinta de aquellas que fallecen. Por ejemplo, un traumatismo encéfalo craneano es una causa común de muerte materna indirecta, pero muchas veces éstas mujeres no alcanzan a ser admitidas a la U.C.I.

Por último, una tercera ventaja sería que nos permitiría enfocar en que casos deberíamos concentrar nuestros mayores esfuerzos. En nuestra experiencia, Preeclampsia severa, Eclampsia y Shock séptico fueron los casos que rápidamente se complicaron y llevaron a la muerte. Asimismo, podríamos establecer protocolos de manejo de éstos desórdenes que nos ayudarían a disminuir nuestra morbi – mortalidad materna.

La Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) es el lugar donde llegan pacientes de todas las especialidades, incluyendo las gestantes que requieren observación permanente, tratamiento agresivo y continuo, y/o ventilación mecánica invasiva, además de otras indicaciones de soporte ventilatorio como fracción inspirada de oxígeno (FIO<sub>2</sub>) mayor del 50%, necesidad de terapia respiratoria más de dos veces al día y ventilación no invasiva y que requieren además soporte de dos o más órganos. Ingresan también a las U.C.I. pacientes con enfermedades crónicas de uno o más órganos con descompensación aguda de uno y reversible de otro, y que necesitan el soporte de éste. Por la complejidad de las pacientes y de los tratamientos que se derivan, se debe disponer de una proporción alta de enfermeras profesionales y médicos especialistas durante las 24 horas del día. **(15,16)**

La duración de la estadía en la U.C.I. de las embarazadas, comprende desde períodos cortos para resucitación, hasta varias semanas de cuidado intensivo y soporte orgánico. Además, con independencia del diagnóstico que origine el ingreso a estas unidades, lo que determina el pronóstico de la paciente es la calidad del cuidado (monitoreo y personal adecuado). Las pacientes con riesgos conocidos de complicaciones no deberían tener el parto en centros de salud u hospitales de maternidad sin una equipada U.C.I. a menos que sean situaciones de emergencia, pero siempre procurando un adecuado sistema de remisión y transporte materno infantil. (17,19,20)

Establecido este concepto, llega a ser claro, que una de las más efectivas estrategias en entender y, consecuentemente, disminuir la alta tasa de mortalidad materna en nuestro medio, sería el establecer y mantener un “Sistema de Control” mediante el cual se monitorizara en forma dinámica y paulatina los diferentes casos de mortalidad materna. Los casos admitidos a la U.C.I. nos indican la eficiencia y calidad profesional de nuestro equipo de trabajo al decidir un mayor nivel de cuidado y atención.

Sugerimos una revisión periódica de las admisiones maternas a la U.C.I. en la que deberían participar todos aquellos profesionales involucrados en el manejo de las pacientes gineco–obstétricas.

La eficacia de los programas y actividades de los servicios de salud orientados a la disminución de la morbi–mortalidad materna depende de la identificación de las causas que conducen a la muerte relacionada con el embarazo y de los grupos de mayor riesgo. Bajo ésta óptica, el enfoque del riesgo en el tratamiento de la morbi–mortalidad materna conduce al logro de éxitos importantes puesto que facilitará la promoción de la salud en las mujeres en edad reproductiva, así como la detección oportuna de complicaciones o condiciones desfavorables en las gestantes.



## CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la patología gineco-obstétrica de fondo admitida a U.C.I. más frecuente fue la Preeclampsia severa, seguida por la Eclampsia y el Síndrome de HELLP. Los Transtornos Hipertensivos del Embarazo representan pues, una entidad con alta probabilidad de requerir manejo en U.C.I. para lo cual debemos estar en la capacidad de diagnosticar, tratar y sobretodo prevenir futuras complicaciones.

En virtud a ello, la implementación de la U.C.I. debe ser acorde con los requerimientos de las pacientes con Transtornos Hipertensivos del Embarazo, así como un personal médico especializado en el manejo de éstas patologías y en las complicaciones que pudieran presentarse como Síndrome de HELLP, Insuficiencia Respiratoria, Coagulación Intravascular Diseminada, Óbito fetal e incluso Muerte materna.

El desarrollo de Unidades de Cuidados Intensivos Maternas o Unidades de Alto Riesgo Obstétrico en nuestro medio, permitirían manejar las primeras horas de estas pacientes críticamente enfermas sin colapsar las unidades de atención materna en su funcionamiento y definir con criterios específicos si las gestantes deben permanecer en éstas o deben ser trasladadas a cuidados intensivos.

Nuestros equipos multidisciplinarios de manejo obstétrico se deben entrenar para el manejo de pacientes obstétricas críticamente enfermas, en especial manejo de emergencias y tratamiento inicial en las fases tempranas de descompensación.

Finalmente, es necesario determinar la incidencia de la morbilidad y mortalidad materna utilizando métodos indirectos, determinar los factores de riesgo y establecer un sistema

de vigilancia de éstas como indicadores de la salud reproductiva, estableciendo prioridades para la atención de problemas, planificación de servicios y de intervenciones para disminuir la morbilidad y por ende la mortalidad materna.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Platteau, -P; Engelhardt, -T; Moodley, -T; Muckart, -D. Obstetric and gynaecological patients in an intensive care unit: a 1 year review. Trop Doct. 1997 Oct; 27(4): 202-6.
2. Al Jabari AS, Al Meshari AA, Tadrouri AA, Seraj MA. Gynecology and obstetrical conditions requiring intensive care admisión. Saudi Med J 2001 Nov; 22(11): 980-3.
3. Poole JH. Aggressive Management of HELLP Syndrome and Eclampsia. AACN Clin Issues. 1997 Nov; 8(4): 524-38.
4. Mirhashemim R, Janicek MF, Schoell WM. Critical care issues en cervical cancer management. Semin. Sug. Oncol 1999. Apr-May; 16(3): 267-74.
5. Powner DJ. Credentialing for critical care in small hospitals. Crit Care Med. 2001 Aug; 29(8): 1630-2.
6. [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04\\_mar04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm)
7. Mahutte NG, Murphy-Kaulbeck L, Le Q, Solomon J, Benajmin A, Boyd ME. Obstetric Admissions to the Intensive Care Unit. Obstet Gynecol. 1999 Aug;94(2):263-6.
8. Quah TC, Chiu JW, Tan KH, Yeo SW, Tan HM. Obstetric admissions to the intensive therapy unit of a tertiary care institution. Ann Acad Med Singapore. 2001 May;30(3):250-3.
9. Congreso de la República. Presentación del Ministro de Salud, Dr. Fernando Carbone ante la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad. Lima, 18 de diciembre de 2002.

10. Biaggi A, Paradisi G et al. Maternal mortality in Italy, 1980-1996. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 114: 144-149.
11. Geelhoed D, Visser L et al. Trends in maternal mortality: a 13 year hospital-based study in rural Ghana. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2003; 107: 135-139.
12. Adamu Y, Salihu H et al. Maternal mortality in Northern Nigeria: a population-based study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2003; 109: 153-159.
13. Dias de Souza JP, Duarte G, Basile-Filho A. Near-miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;104:80.
14. Sandoval J, Fuentes V, Urrutia K. Misoprostol sublingual comparado con oxitocina intramuscular en la prevención de la hemorragia postparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50: 212-216.
15. Hazelgrove JF, Price C, Pappachan VJ, Smith GB. Multicenter study of obstetric admissions to 14 intensive care units in Southern England. *Crit Care Med* 2001;29:770-5.
16. Yentis SM. Maternal morbidity and mortality - obstetric intensive care. *Obstetric Gynecology*. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London: RCOG press; 2002.
17. Crowhurst JA, Plaat F. Why mothers die-report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-96. *Anaesthesia* 1999;54:207-9.

18. Panchal S, Arria AM, Harris AP. Intensive care utilization during hospital admission for delivery: prevalence, risk factors, and outcomes in a statewide population. *Anesthesiology* 2000 ;92:1537-44.
19. Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. *Arch Gynecol Obstet* 2001;265:195-8.
20. Mahutte NG, Murphy-Kaulbeck L, Le Q, Solomon J, Benjamin A, Boyd ME. Obstetric admissions to the intensive care unit. *Obstet Gynecol* 1999;94:263-6.
21. Dhond GR, Dob DP. Intensive care of the obstetric patient. *Curr Anaesth Crit Care* 2000;11:1-6.
22. Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. *Arch Gynecol Obstet* 2001;265:195-8.
23. James MFM, Anthony J. Critical care management of the pregnant patient. En: Birnback DJ, Gatt SP, Datta S. *Textbook of obstetric anesthesia*. Philadelphia, Penn: Edit Churchill Livingstone; 2000. p. 716-32.
24. Aristizábal J.F, Gómez G, Lopera J.F, Orrego L, Restrepo C. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56:166-175.
25. Pacora P, Oyarzún E, Belmar C. La preeclampsia – eclampsia es un síndrome materno-fetal multifactorial. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50: 222-231.
26. Pacheco J. Disfunción endotelial en la preeclampsia. *Anal Fac. Med. UNMSM* 2003; 64 (1): 43-54.

27. Díaz J, Salvador JL, Hidalgo F. Mortalidad materna. Experiencia de 4 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2004; 50: 97-100.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Complicaciones gineco-obstétricas:** cualquier patología ginecológica u obstétrica que pone en riesgo la vida del paciente y amerita un internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Unidad de Cuidados Intensivos:** es el Servicio del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el que se atienden todas las complicaciones médicas agudas y crónicas reagudizadas que ponen en riesgo la vida del paciente, otorgando atención oportuna, eficaz y holística a los pacientes críticamente enfermos.

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

H.C:.....

Caso

Nro:.....

Nombre:.....

Edad.....

#### ANTECEDENTES.

G:      PARA:

Control Pre natal

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

Dx. ingreso:.....

Tx. Médico:    Si                  No

Tipo de tratamiento médico:

- Antibioticos:.....  
.....

- Corticoides:.....  
.....

- O2:    Si    No

- Otros.....  
.....

Complicaciones:.....

#### UCI:

Dx de ingreso a UCI:.....

Fecha de ingreso a UCI:.....

Tiempo de hospitalización en UCI:.....

Tiempo total hospitalario:.....





